BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitinguí, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XIX | JULHO DE 1957 | N.º 1

Sumário:

Pág.

Gênese formal das inclusões fetais e dos teratomas à luz dos organizadores de Spemann —Prof. Carmo Lordy 3

As reuniões médicas nos Estados Unidos — Dr. Eurico Branco Ribeiro 6

Sociedade Médica São Lucas — Comunicações feitas 16

Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia"

Editado sob a direção do
Dr. ADHEMAR NOBRE

pelo
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor
Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

✦

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitinguí, 80 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA 1957/1958

Presidente :
Dr. Luiz Branco Ribeiro

Vice-Presidente :
Dr. Paulo R. C. Rebocho

Primeiro Secretário :
Dr. Eurico Branco Ribeiro

Segundo Secretário :
Dr. João Noel von Sonnleitner

Primeiro Tesoureiro :
Dr. Ferdinando Costa

Segundo Tesoureiro :
Dr. John Kolb

Bibliotecario :
Dr. Nelson Campanile

Conselho Consultivo :
Dr. Paulo G. Bressan
Dr. Waldemar Machado
Dr. Moacyr Boscardin
Dr. Roberto Deluca
Dr. Ernesto Afonso de Carvalho

BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XIX JULHO DE 1957 N.º 1

Gênese formal das inclusões fetais e dos teratomas à luz dos organizadores de Spemann (*)

Prof. Carmo Lordy
(*Anatomo-Patologista do Sanatório São Lucas*)

A ocorrência de um caso de inclusão fetal abdominal numa recém-nascida, no serviço do Dr. Waldemar Machado, no Sanatório São Lucas, deu ensejo ao orador de, a propósito, acentuar tôda a relevância dos resultados de determinadas experiências por parte de Spemann em ovos de anfíbios.

Assim é que demonstrou em projeções as primeiras fases de desenvolvimento de ovos de *Rana fusca* e de *Triton cristatus*, notadamente na fase gastrular, em que se assistiu ao crescimento do lábio dorsal do blastóporo, ponto particularmente visado para fins especulativos. Projetou em seguida uma secção histológica transversal (Spemann e H. Mangold) do corpo de uma larva de *Triton taeniatus*, que anteriormente sofrera, sob o ectoblasto, o enxêrto de um fragmento do lábio dorsal do blastóporo de *Triton cristatus*, da mesma idade.

Pôde-se, então, notar o aparecimento de um segundo organismo evoluindo ao lado do primeiro. Êsse resultado experimental serviu de ponto de partida para diversas considerações sôbre conceito e significação dos *organizadores* com sua graduação decrescente.

O lábio dorsal do blastóporo é considerado como organizador de primeiro grau, porque tem capacidade de determinar o desenvolvimento de um segundo organismo. Spemann conseguiu provar que partes da linha primitiva dos mamíferos conservam, no início de seu desenvolvimento, a propriedade de atuarem como organizadores de alta graduação.

(*) Palestra proferida na Sociedade Médica São Lucas, em sessão de 23 de maio de 1957.

Referiu-se em seguida às experiências de Werber sujeitando ovos fecundados de *Fundulus heteroclitus* à influência de algumas substâncias (ácido butírico e acetona), que se encontram em certas toxemias, produzidas por perturbações do metabolismo hidrocarbonado.

Com essa base experimental é lícito se admitir com Budde e outros autores que, particularmente nos casos de *foetus in foetu*, possa da linha primitiva humana desprender-se uma parcela (mutilação fàcilmente reparável, conforme experiência de Spemann). No ponto em que essa parcela ficar localizada, aí manifestaria ela sua capacidade organizadora, desenvolvendo-se eventualmente o esbôço de um segundo organismo ao lado do principal. Um fragmento que se destacar, por exemplo, da extremidade cranial da linha primitiva poderia evoluir ao nível da placa neural do esbôço principal, onde eventualmente continuará a se desenvolver na esfera do tubo nervoso, na região da epífise, da hipófise, etc.. Explicar-se-ia por êsse modo a gênese formal do *encranius*. Conforme experiências a respeito de Spemann e de H. Mangold, poderá ainda a parcela da linha primitiva se aprofundar até a superfície ventral da placa neural, para se desenvolver na altura da abóbada da cavidade êntero-vitelina (resultado de outra experiência). Com isso, tornam-se compreensíveis as outras possibilidades de localização e desenvolvimento, desde a sua implantação na região retroperitonial (observações de Budde e de outros), até em qualquer ponto da cavidade celomática, particularmente na abdominal, sobretudo na extensa região da crista genital possìvelmente em uma das gonadas, onde evoluiria sob forma de teratoma.

Quanto às eventuais localizações do segundo esbôço, Budde é de parecer que possam ser muito variadas, desde a implantação no proencéfalo até na região do coccix, em tôdas as regiões onde é dado encontrar uma formação parasitária ou um teratoma.

Passou, em seguida, o orador a documentar, por meio de projeção de figuras, casos por êle estudados.

Mencionou o caso de um *encranius quadrigeminus*. Tratava-se de um feto a têrmo de sexo feminino, com hidrocefalia externa, da cavidade craniana do qual foi retirada uma massa complexa de tecidos (285 gs.), representada por porções residuais encefálicas hipoplásticas e deformadas, salientando-se entre elas diversos segmentos de membros fetais com certo gráu de diferenciação, além de dois tubos intestinais bem distintos e completamente a descoberto. A porção inferior da massa aderia intimamente às leptomeninges. Numa secção da massa em sentido anteroposterior notavam-se partes sólidas e produções ósseas. Percebiam-se, portanto, nesse caso duas formações parasitárias manifestamente organizadas. Na espessura da massa se desenvolvera ainda uma terceira formação, embora menos diferenciada, podendo ser interpretada como forma de transição para teratoma. Secções microscópicas revelaram cortes de parede intestinal, de osso com musculatura estriada em relação normal, corte de fígado, pân-

creas, etc.. Fez ainda o orador a apreciação de três casos de *inclusão fetal abdominal*. O primeiro dizia respeito ao ocorrido no serviço do Dr. Waldemar Machado. Tratava-se de uma recém-nascida, em cuja cavidade abdominal, livre entre as alças intestinais, foi se desenvolvendo um teratoma, do tamanho de um punho de adulto, constituído por derivados do tecido mesenquimal. Um cordão vascular ligava o teratoma à aorta abdominal.

O segundo caso de inclusão fetal abdominal foi operado e descrito pelo Dr. Virgílio A. de Carvalho Pinto (Dezembro de 1950). A paciente, uma criança de sexo feminino, com 18 dias de idade, apresentava uma volumosa peça irregular e dura, prêsa ao ligamento hepatoduodenal por meio de um cordão. Sinais evidentes de organização podiam ser notados na peça: esboços de membros inferiores, embora disformes, (coxa, perna e pé).

Apreciação mais pormenorizada mereceu o terceiro caso de inclusão fetal abdominal, estudado pelo orador. A êle se ajusta *sensu strictiore* a qualificação de *foetus in foetu*. Na cavidade abdominal de um feto a têrmo de sexo masculino estava incluído entre as alças intestinais um outro do mesmo sexo, que pelas medidas de comprimento tomadas, correspondia à idade de um feto normal de 9 semanas. Em correspondência à idade, os diversos órgãos examinados apresentavam aspecto normal. O presente caso pode evidentemente figurar ao lado do caso de Koebs, citado na literatura, a êsse respeito, como típico pelo seu desenvolvimento.

Do abdome do feto parasita desprendia-se um verdadeiro cordão umbilical, que ia se inserir na região percorrida pela raiz da artéria umbilical esquerda do autosita. Na secção transversal do referido cordão notava-se a presença das duas artérias umbilicais com a correspondente veia e o recesso umbilical do celoma, em que se salientava um segmento da alça intestinal primitiva.

Por último, o orador referiu-se às duas teorias mais frequentemente invocadas para explicar a gênese formal das inclusões fetais: o conceito de Roux sôbre a *independência formativa dos blastômeros* e a teoria da *di* ou *poly-rhabdotia* (duas ou mais linhas primitivas).

Conclui demonstrando que ambas são a êsse respeito passíveis de crítica.

As reuniões médicas nos Estados Unidos (*)

Dr. Eurico Branco Ribeiro
(Diretor do Sanatório São Lucas)

Durante a minha última viagem aos Estados Unidos, tive a oportunidade de assistir a várias reuniões médicas de natureza diversa.

Devo dizer, inicialmente, o que seja uma reunião médica no sentido em que devo desenvolver esta minha palestra de hoje.

Considero como reunião médica aquela que junta dois ou mais médicos ou para cuidarem de assuntos administrativos ou para cuidarem de assuntos de caráter científico.

Com essa definição, posso dividir as reuniões a que compareci em duas chaves: a das reuniões administrativas e a das reuniões de caráter científico.

Relativamente a reuniões de caráter administrativo, tive a oportunidade de comparecer, sob convite insistente, a uma sessão deliberativa do Conselho Executivo da Secção Norte-americana do Colégio Internacional de Cirurgiões. Essa reunião estava marcada para as nove horas da manhã, na séde do Colégio. Levantei-me com o tempo suficiente para lá chegar a essa hora, mas como tinha caído uma nevada durante a noite, eu estava muito interessado em ver o aspecto da cidade sob a neve e atrasei-me justamente à entrada da séde do Colégio, que fica em frente a um grande jardim à beira do lago Michigam, então todo coberto de branco. Eu alí me demorei um pouco observando o panorama e quando entrei na sala onde se realizava a sessão eram precisamente nove horas e dez minutos. Pois bem, a essa hora já a reunião ia em pleno desenvolvimento, estando já em discussão os assuntos em pauta. Com isso quero frisar que em geral nos Estados Unidos, não só nessas reuniões administrativas como em tôdas as demais a que eu assisti, a obediência a horários é executada com grande fidelidade. Está no espírito do americano cumprir com aquilo que êle tem obrigação de fazer; e êle jamais deixa de estar à hora marcada para o início da palestra que lhe foi programada. Médicos de tôdas as partes dos Estados Unidos, das mais longínquas terras do país, bem como aquêles da própria cidade em que se está realizando a reunião, nunca deixam de estar

(*) Comentário feito na Sociedade Médica São Lucas em 26-3-57.

presentes à hora marcada para desempenhar o seu papel. Isso contrasta profundamente com o que costumamos observar em nosso país. Devemos fazer todo esfôrço para que êsse nosso velho hábito seja afastado e deixe de ser entrave para muitas das nossas decisões.

Nas reuniões administrativas, lá como aqui, os problemas são os mesmos.

Tenho tomado parte na direção de muitas sociedades médicas em nosso país, e assim tenho experiência mais ou menos grande de como se realizam as nossas sessões administrativas. Em certas sociedades, mesmo entre as mais importantes das que possuimos, as diretorias quase não se reúnem. As atas deliberativas são feitas por dois ou três membros da diretoria e os demais assinam o que se lhes relatou depois. Isso acredito que não aconteça nos Estados Unidos. Lá os deveres sociais são levados a sério. O Conselho Executivo da Secção Norte-americana do Colégio Internacional de Cirurgiões é composto de médicos de vários Estados e estavam quase todos presentes à reunião. Mas lá discutiam aquêles mesmos problemas que nós aqui estamos habituados a encarar, relativos à organização de congressos regionais, às dificuldades de acomodações e de transporte, às propostas de admissão de vários candidatos diante de objeções apresentadas, diante da falta de documentação sôbre as suas atividades dentro e fora da profissão. Com isso a gente fica vendo bem de perto o critério, o cuidado com que se faz a admissão de um indivíduo numa sociedade médica.

Aqui freqüentemente temos êsses mesmos problemas e em geral somos muito mais tolerantes em nossas decisões.

Passando a referir-me agora às reuniões de caráter científico, posso dividí-las em três grupos: — aquelas da vida hospitalar, aquelas da vida universitária e aquelas mais amplas da vida médica nacional.

Com relação às reuniões que se processam nos hospitais, posso dizer que normalmente nos hospitais norte americanos os médicos se reúnem com regularidade a fim de discutir os casos em tratamento e os assuntos da atualidade como aqui também já se está fazendo em pequena escala. Os hospitais são considerados como centros de ensino, como centros de divulgação de ciência. Normalmente se reúnem não só em conjunto todos os membros do "staff" mas também grupos de uma determinada especialidade para discutir problemas que lhes são atinentes.

Nesse sentido tive uma experiência curiosa: logo que cheguei à cidade de Seattle recebi um telefonema do Dr. Nyhus, assistente do prof. Harkins, catedrático de cirurgia da Universidade de Washington, convidando-me para assistir a uma reunião de cirurgia no King County Hospital. Isso não se deve estranhar, porquanto no começo do ano, pouco antes da minha saída do Brasil, eu tinha recebido do prof. Harkins o pedido de separata de um trabalho meu que êle tinha visto citado numa revista norte-americana. Essa coincidência de ter recebido essa solicitação justamente à hora em

que eu ia partir para a sua cidade, fêz que escrevesse a êle dizendo que dentro pouco tempo iria vê-lo e que teria o prazer de assistir algumas de suas intervenções. Assim, não foi surprêsa para mim receber o telefonema, pois dera a indicação da casa onde eu ia ficar hospedado, que é a casa do meu genro, o engenheiro Rubens Sigelmann, atuamente naquela cidade como auxiliar de ensino na Escola de Engenharia da Universidade de Seattle.

Pois bem, o Dr. Nyhus pedia-me comparecer àquela reunião de caráter científico e disse:

— Você esteja lá no King County Hospital às seis e meia.

Deixei o telefone e disse em casa:

— Amanhã às seis e meia devo estar no King County Hospital.

Observou o meu genro:

— Isso não é possível porque às seis e meia ainda é noite; deve ter havido um engano; o senhor não ouviu bem o que êle disse, ou melhor não o compreendeu.

— Os meus conhecimentos de inglês não são muito grandes, retruquei, mas a hora que êle me deu foi realmente seis e meia; em todo caso é possível estar enganado, mas não quero faltar a essa promessa de estar lá a essa hora, como me foi dito.

Assim às seis e meia — exatamente um pouco antes — eu entrava no King County Hospital. Ainda estava bastante escuro. No saguão do Hospital ia passando um médico meio apressado, que se perdeu por um corredor; logo em seguida passou outro e eu me aproximei dêle, indagando:

— Vocês vão ter agora uma reunião de cirurgia?

— Perfeitamente, devemos nos reunir agora no refeitório, onde tomamos o nosso breakfast e discutimos.

Desci com êle ao refeitório e começamos a conversar.

Cêrca de quinze minutos depois me aparece o Dr. Nyhus e me diz:

— Você é o brasileiro com que falei ontem?

— Perfeitamente.

— Estava a quinze minutos à sua espera lá em cima.

Êles são realmente pontuais mesmo a essa hora estranha, em que não poderíamos realizar, de rotina, uma reunião de médicos. É o espírito prático, o aproveitamento de tempo: enquanto tomam o seu café êles vão discutindo.

Para essa reunião se tinham distribuído a três internos do serviço de cirurgia trabalhos publicados em revistas médicas para serem relatados e discutidos. Então os colegas reproduziam o trabalho com seus gráficos e desenhos e depois o assunto era pôsto em discussão e cada um apresentava o seu comentário e fazia as suas objeções e os médicos mais credenciados diziam então a palavra final.

Terminada a reunião, disse-me o dr. Nyhuss:

— O senhor seu genro deve estar pensando que os médicos americanos são malucos, ao convocar você para uma reunião a esta hora da manhã.

E êle tinha apanhado perfeitamente bem a idéia que foi despertada entre os brasileiros que lá se achavam...

Depois dessa reunião em grupo, os cirurgiões do hospital foram reunir-se com os radiologistas, o que fazem diàriamente às oito horas da manhã naquele hospital, para discutir as radiografias tiradas na véspera relativas aos casos encaminhados pelo serviço de cirurgia. Estava presente o professor de radiologia da Universidade, que fazia, êle próprio, a apresentação das radiografias, tecia alguns comentários, pedia informações mais detalhadas sôbre o caso clínico e submetia as chapas à apreciação dos presentes. Durante cêrca de quarenta minutos as radiografias obtidas na véspera foram estudadas e discutidas.

Um dia sim, um dia não, realiza-se uma das reuniões mais interessantes de um grupo de médicos no hospital, que é chamado "round". O "round" é a visita aos doentes internados, feita pelo chefe de serviço, professor da cadeira, quando é um hospital de ensino como King County Hospital ou pelo médico responsável por um determinado departamento, como tive a ocasião de ver na Clínica Mayo, dois anos antes. Nêsse "round" cada doente é visitado pelo cirurgião, a sua história clínica é recordada e o seu estado presente é verificado. E as contingências, seja da cirurgia porque passou, seja da orientação que vai tomar ou tratamento, são apresentadas e discutidas entre os presentes. Observei que às vêzes mesmo na presença do doente o médico americano fala abertamente não tendo os cuidados que temos aqui ao nos referirmos a certas moléstias, como por exemplo o câncer. Não sei se alguns lá dizem francamente aos seus enfêrmos que êles são portadores de câncer; aqui temos alguns colegas que adotam a orientação de dizer ao doente o que realmente pensam sôbre êle. Isso pode ter algumas conveniências, mas eu acredito que sob certos aspectos talvez não seja aconselhável dizer a verdade pelo menos para todos os doentes. No "round" temos a oportunidade não só de ouvir mais de perto a orientação que aquêles clínicos mais experimentados estão seguindo como também temos a oportunidade de, frente a frente, fazer-lhes perguntas e obter informações mais precisas sôbre aquilo que nos interessa, de sorte que são de tôdas as reuniões, a meu ver, as mais proveitosas que realiza um grupo médico num hospital.

Passando adiante, podemos ainda considerar como reuniões médicas, as sessões cirúrgicas, aquelas que se passam na sala de cirurgia entre o cirurgião, os médicos assistentes, os anestesistas e todos os visitantes que ali se acham para assistir as operações.

Desta feita, tive a oportunidade de assistir algumas intervenções em dias sucessivos e gostaria de referir para conhecimentos dos

nossos companheiros de trabalho no Sanatório São Lucas, algumas coisas que observei e que talvez lhes sejam de interêsse. Vi, por exemplo, no serviço do prof. Merendino, que é um dos principais cirurgiões de torax nos Estados Unidos, considerado como uma das maiores autoridades naquele país, dois casos interessantes:

No primeiro tratava-se de uma exploração do torax por um tumor do mediastino. Foram apresentadas chapas de angio-cardiografia, mas nenhuma de broncografia. A suspeita era de um tumor no pulmão. Naturalmente estavam fazendo algum trabalho de pesquiza e havia uma enfermeira pesando tôdas as gazes que acabavam de ser usadas para verificar a perda de líquidos nêsse enfêrmo. A hemostasia da parede foi feita por diatermocoaguladores; os assistentes abriram o torax, fizeram uma exposição ampla do tumor e só depois é que o prof. Merendino entrou em campo, palpou, mostrou a todos a lesão, fêz com que os assistentes de campo tocassem o tumor e acabou dizendo:

— Isto aqui é um caso inoperável.

E retirou-se, deixando aos internos o fechamento da cavidade torácica. Nela foram colocados drenos de penrose. Os assistentes fizeram uma biopsia retirando um fragmento de mais de dois centímetros de extensão. Isso me fêz lembrar que nós às vêzes somos muito econômicos nas nossas biopsias, com receio de produzir hemorragia, nem sempre tirando fragmentos suficientemente grandes de uma formação tumoral.

Outra operação do prof. Merendino, que tive a ocasião de assistir, foi em uma moça de 23 anos que apresentava cardiopatia congênita. Logo que entrei no hospital, reparei que se movimentava uma equipe de cinematografia que ia filmar essa operação. A sala operatória ficou repleta não só de médicos, cirurgiões, assistentes e enfermeiras mas também de técnicos de cinema, não dando muita oportunidade para se apreciar a intervenção. Soube que era aquela a décima sétima intervenção que o destacado cirurgião praticava com o pulmão e coração artificial, um tipo de aparelho diferente daquele que eu tinha visto funcionar na Clínica Mayo dois anos antes, já então utilizado em oito casos, com cinquenta por cento de êxito, isto é: quatro doentes tinham se salvado e quatro doentes tinham morrido depois da intervenção. O prof. Merendino está com uma estatística muito boa; fazia o décimo sétimo caso com grande aparato, filmando-o por ser um caso que devia apresentar em sociedade ou em congresso médico. Em outro serviço de cirurgia, tive a oportunidade de conversar um pouco com os anestesistas a respeito de um caso de câncer do intestino, numa senhora que não era muito idosa, mas bastante desnutrida e que foi para a mesa operatória em mas condições. Ficamos lá uma hora e quinze minutos à espera de que o anestesista desse ordem para o início da intervenção. Então êle me disse:

— Esta doente desde o início da anestesia não está respirando suficientemente bem, eu não posso autorizar que se comece uma operação nesta enferma.

Por aí se vê que o serviço de anestesia tem uma ascendência preponderante na execução do ato cirúrgico. É o anestesista que determina se o doente pode ou não sofrer a intervenção.

Tive a oportunidade de assistir também uma intervenção, no King County Hospital que me parece interessante focalizar aqui; um novo método de incisão para o tratamento da hérnia inguinal por via mediana infraumbilical. É aquela mesma incisão que nós costumamos fazer para a retirada de cálculos do ureter pélvico, sem abertura do peritônio; a abordagem ao anel herniário é feita por via posterior dos músculos, em vêz de ser por via subcutânea; por aí se faz uma exposição ampla do campo; o saco herniário é deslocado e rebatido por cima, à maneira de uma manobra de Barker e fixado aos músculos; o anel é fechado por via interna. Não sei os resultados dessa intervenção, mas tenho a impressão de que ela deverá ser de utilidade na hérnia crural e não pròpriamente na hérnia inguinal, como foi o caso em que se a fêz.

Não vou me demorar mais nessa parte de sessões cirúrgicas para passar para outro tipo de reuniões que eu aqui classifiquei de reuniões da vida universitária. Parece-me que a tendência geral hoje é deixar para segundo plano aquêlas preleções magistrais, que hoje já estão ficando no passado para a história do ensino médico.

O ensino médico hoje é mais objetivo e tende a orientar os alunos para o campo das pesquizas, de sorte que aquelas aulas espetaculares, aquelas preleções às vêzes muito agradáveis, muito bonitas e empolgantes já quasi não se fazem, pelo menos não são preponderantes nos dias que correm.

Os alunos são encaminhados principalmente para as salas de pesquisas e ali, sob a orientação de residentes, executam o plano traçado pelos professôres utilizando-se de animais de laboratório. Eu tive a ocasião de entrar numa ampla sala onde quatro mêsas de cirurgia mantinham cães anestesiados e vários tipos de experiências estavam sendo feitas, ao mesmo tempo, por residentes e internos da escola.

Outro tipo de reuniões muito usuais na vida universitária é o de sessões cinematográficas para a projeção de filmes científicos; isso quer dizer um ensino objetivo. O filme está entrando de uma maneira intensiva nos programas de ensino das escolas médicas. Tivemos a ocasião de assistir à projeção de um longo filme que durou cêrca de uma hora e meia. Êle relatava um simpósio sôbre câncer, simpósio êsse que congregou personalidades das mais destacadas dos Estados Unidos. Êsse simpósio foi dividido em três partes: Uma sôbre câncer da tireóide, uma sôbre câncer do estômago e finalmente uma terceira sôbre câncer do pulmão. Em cada uma dessas

partes, quatro ou cinco especialistas, professores dos mais conhecidos dos Estados Unidos, discutiram, deram seu ponto de vista sôbre o assunto em foco, apresentando pontos de vista e respondendo às perguntas que lhes fazia o moderador do simpósio.

Eu acredito que esta seja uma maneira muito proveitosa de colocar os alunos e os médicos ainda novos a par do que pensam os mais experimentados. É uma das melhores maneiras de divulgação dos conhecimentos médicos.

Além da projeção de filmes, ainda na vida universitária há um tipo de reuniões que é de grande utilidade: reunião de professôres, alunos e doentes, isto é: reuniões em que na presença de um doente o professor e os auxiliares de ensino discutem um caso e fazem preleções sôbre êle. Tivemos a oportunidade de assistir a uma aula dêsse tipo orientada pelo professor Harkins, lá em Seattle. Êle apresentou nesse dia dois casos: um dêles era de um indivíduo que fôra vítima de um grande traumatismo num acidente de automóvel, sofrendo fraturas múltiplas da face e apresentando um hemoperitôneo em conseqüência à rotura da artéria mesentérica superior, à rotura do baço e ainda um hematoma retroperitonial por rotura do pâncreas. Depois de atendidas de urgência as suas lesões do crâneo e suas fraturas, êsse indivíduo sofreu uma intervenção que consistiu em ressecção de intestino delgado (conseqüência da rotura da artéria mesentérica) em uma esplenectomia, em uma revisão da parede posterior do duodeno e em uma pancreatectomia parcial. Êsse doente se apresentava com capacete de gêsso, e um estado de magreza muito acentuado, sem dúvida por falta da sua secreção pancreática, mas parece que estava em caminho de conseguir uma recuperação completa.

Falando sôbre o caso, o professor Harkins acentuou que nos casos de acidentes graves a primeira coisa que se deve ter em vista é atender o aparelho respiratório; o aparelho circulatório viria em segundo lugar pois só depois de se conseguir uma boa ventilação pulmonar é que se deve pensar em socorrer uma hemorragia, em atender o estado de choque e em tomar outras providências também de urgência.

O segundo caso que êle apresentou, era o de uma senhora que sofria de uma estenose cirúrgica do colédoco. Ela tinha sido operada cêrca de um ano antes, na cidade de Olimpia, que é a capital de Washington, e ali o seu colédoco foi inadvertidamente ligado. Já tinha sofrido três intervenções em tentativa de reconstituição da luz do colédoco e agora se apresentava novamente ictérica. Isso nos mostra que lá como aqui êsses acidentes podem ocorrer e a recuperação de um doente estenosado do colédoco é um problema realmente sério, que nem cirurgiões experimentados, como aquêle com que eu estava convivendo em Seattle, nem sempre podem resolver satisfatòriamente bem. Foi posto em realce, naquela aula, que se tinha feito pela primeira vêz em Seattle, nesse caso, uma colangiografia por punção direta do fígado. Parece, pelo que ouvi e pelo que depois

pude verificar conversando com os colegas, que não se tinha conhecimento dos trabalhos de Leger, que em Paris me mostrara em 1953 as primeiras colangiografias feitas com punção direta do fígado. Mas no caso que lá foi apresentado, em que se conseguiu obter a punção de um grande vaso hepático na segunda tentativa de introdução de agulha, se fizeram sentir as conseqüências danosas para o indivíduo, tanto que no dia seguinte essa enferma teve elevação de temperatura e já estava três dias com febre, apesar de uso de antibióticos e queixava-se também de dôres conseqüentes à punção feita. Isso bem mostra que êsses processos propedêuticos não são isentos de perigo e fazem-me recordar o caso triste daquele meu jardineiro, que entreguei aqui a um professor estrangeiro para fazer uma colangiografia por punção direta do fígado com introdução de um tubo de polietileno e que não resistiu às manobras da exploração das vias hepáticas. Como se vê, as reuniões da vida universitária são sempre orientadas sob um espírito muito objetivo.

Quero agora em poucas palavras me referir à terceira chave do meu esquema, às reuniões da vida médica nacional, isto é: às reuniões fora dos hospitais, fora das universidades, às reuniões que se realizam nos congressos.

Tive também a oportunidade de assistir a um congresso regional do Colégio Americano de Cirurgiões, realizado na cidade de Seattle, e verifiquei, desde logo, pelo programa, que a orientação sempre objetiva dos organizadores do congresso se voltou principalmente para a exibição de filmes, não só de filmes cirúrgicos sôbre êste ou aquêle assunto, mas também de série de filmes sôbre o mesmo assunto, expondo pontos de vista diversos de vários cirurgiões, de maneira a formar perfeitamente um simpósio justamente o que êles denominam "simpósio cinematográfico" (motion picture sysposium).

Sempre atraído pela cirurgia que executo — cirurgia gastro-intestinal, melhor: cirurgia abdominal — procurei ver o que se exibiu com relação à cirurgia gástrica. O simpósio mostrava coisas até certo ponto extravagantes. Um dos filmes apresentados se referia a um procedimento de "vagotomia, piloroplastia e supra-antral-gastrectomia segmentária", quer dizer: o cirurgião, orientado pelas idéias clássicas sôbre a etiologia da úlcera pela secreção gástrica, procurava não só fazer a vagotomia, como produzir um esvaziamento mais rápido do reservatório gástrico pela piloroplastia e ainda retirar um segmento gástrico da parte onde as secreções supostas danosas se produzem com mais freqüência.

Outro filme se referia à orientação em úlceras terebrantes do duodeno com hemorragias incontroláveis. Não havia nada de extraordinário nêsse filme, apenas a orientação de se operar precocemente os doentes que estão sangrando. Observamos que a sutura da gastrojejunostomia era feita apenas em dois planos e que a ressecção foi econômica. De passagem, quero referir um pequeno trabalho que

hoje li numa revista parisiense, de um cirurgião novato que tinha o seu doente sôbre a mesa operatória já anestesiado e o professor não chegava para executar a intervenção que êle devia ajudar. Resolveu então êle mesmo fazer a operação e quando estava justamente na hora da sutura, quando já tinha procedido tôdas as suturas da parede posterior em dois planos como se fazia no serviço, e já tinha acabado a sutura de um plano na face anterior da anastomose, entra na sala solenemente o professor, deixando-o todo atrapalhado, certo de que ia receber uma grande reprimenda e, desnorteado, esqueceu-se de fazer a segunda sutura, fechando ràpidamente o ventre; depois de terminada a operação, quando o doente já se achava no quarto, é que se lembrou de que só tinha feito uma sutura na parede anterior; ficou alarmado com a situação, e passou a cuidar dêsse doente com redobrado carinho, tanto mais que o doente começou a vomitar, levou dois ou três dias com vômitos incoercíveis. O residente encarregado do departamento cirúrgico julgou que o paciente possìvelmente não tinha sido bem operado: abriu-o novamente mas não encontrou nada de extraordinário, estava tudo muito bem; a sutura única, perfeitamente estanque e como o doente recuperou, achou interessante comunicar êsse fato. Assim acidentalmente, o temor do professor fêz que uma técnica diferente fôsse posta à prova e deu bom resultado.

Nesse simpósio de filmes sôbre cirurgia de estômago ainda foi apresentado um caso de dúvida entre câncer e úlcera de estômago, mostrando como o cirurgião deve agir quando existe essa dúvida e nesse caso foi retirado todo o epiplon e realizada uma ampla gastrectomia.

A respeito dêsse congresso eu tinha ainda feito algumas anotações e entre elas não queria deixar de assinalar uma brilhante exposição feita por aquêle mesmo cirurgião de tórax que eu tinha assistido no dia anterior, operando com o auxílio de um coração e pulmão artificiais, o dr. Alvin Merendino. Falou a respeito da parada cardíaca na mesa operatória. Fêz uma exposição de uma clareza extraordinária e assinalou que tem uma estatística de apenas quarenta por cento de sobrevida. Aconselha o uso de cloreto de cálcio injetável no coração e usa adrenalina intracardíaca apenas nos casos de fibrilação.

Também não quero deixar de assinalar, porque creio que interessa particularmente a colegas aqui presentes, outro filme que tive a oportunidade de ver nêsse congresso e que se refere a uma obstrução da veia cava superior, corrigida por um enxêrto venoso. Tratava-se de um caso de fibrose intensa, comprometendo a veia cava superior. A incisão feita foi transesternal; aberto amplamente o tórax, foi dissecado cuidadosamente o bloco aderencial e foi seccionada a cava junto ao coração e ao nível das subclavias e com dois fragmentos de veias retirados da coxa, foi feito o enxêrto reparador. Êsse filme estava muito bem apresentado e me deixou uma impressão muito boa, lembrando aquêle caso operado e filmado no Sanatório São Lucas jus-

tamente de uma estenose da veia cava superior. As radiografias de lá são bastante semelhantes àquelas que aqui se obteve e os resultados foram igualmente muito brilhantes.

Não quero mais me alongar; procurei acentuar o que houve de mais interessante, o que mais me prendeu a atenção nesta última viagem, salientando mais uma vêz aquela tendência do uso da cinematografia para demonstração objetiva dos progressos da cirurgia.

Em resumo as reuniões médicas nos Estados Unidos foram apreciadas seguindo o seguinte esquema:

1. Reuniões administrativas.
2. Reuniões de caráter científico:

- *a)* na vida hospitalar .....
  - Reuniões de grupos de uma só especialidade.
  - Reuniões de grupos de especialidades conexas.
  - Rounds — discussões junto aos leitos.
  - Sessões operatórias nas salas de cirurgia.
- *b)* na vida universitária ..
  - Aulas magistrais.
  - Aulas com apresentação de casos.
  - Projeção de filmes.
  - Pesquisas em animais.
- *c)* na vida médica nacional .....
  - Congressos gerais
  - Congressos especializados
    - Tendência objetiva.
    - Alta % de filmes.
    - Preleções à hora marcada.
    - Simpósios.
  - Congressos regionais

Sociedade Médica São Lucas

Comunicações feitas

Sessão de 12 de março de 1957:

Eclampsia — Dr. WALDEMAR MACHADO.

Sessão de 26 de março de 1957:

Hiperbilerrubinemia do recém nascido por incompatibilidade feto-materna — Drs. ADEMAR A. RUSSI, KEMAL LABAKI, ARMANDO CAPUA e HELENA CAMPUS.

Movimento da Secção de Anestesia do Sanatório São Lucas em 1956 — Dr. ROBERTO DELUCA.

Reuniões Médicas nos Estados Unidos — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO.

Sessão de 9 de abril de 1957:

Acidentes cardíacos em cirurgia — Prof. DANTE PAZZANESE.

Divertículo gigante do jejuno — Dr. JOSÉ MONTEMOR.

Movimento da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas — Dr. WALDEMAR MACHADO.

Sessão de 23 de abril de 1957:

Mortalidade em cirurgia — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO.

Mortalidade anestésica — Dr. BENJAMIN KOLB.

Mortalidade em obstetrícia — Dr. WALDEMAR MACHADO.

Normas para estatística sôbre mortalidade — Dr. JORGE FERREIRA MACHADO.